|  |  |
| --- | --- |
| Регистрационный номер заявления  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *(заполняется работником Приемной комиссии)* | **Председателю приемной комиссии,**  **ректору ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России**  **Турышеву Алексею Юрьевичу** |

**ЗАЯВЛЕНИЕ О ПРИЕМЕ НА ОБУЧЕНИЕ**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество (при наличии) – в именительном падеже)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ серия \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ №\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(наименование документа, удостоверяющего личность) код подразделения*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(кем выдан)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ г. *дата* *выдачи*

Дата рождения «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г. Гражданство (*страна*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Страховой** **номер** **индивидуального** **лицевого** **счета** **(СНИЛС)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основной контактный номер** телефона +7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Доп. номер телефона\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Адрес** **по** **месту** **регистрации*:*** Индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Регион\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нас. пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ул./пр./пер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_\_\_\_Кв. \_\_\_\_\_\_\_ Тел. дом. (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(код города)*

*При взаимодействии со мной посредством электронной почты прошу использовать нижеуказанный адрес :*

E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Адрес** **фактического проживания*:*** Индекс \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страна \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Регион\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Нас. пункт \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ул./пр./пер. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дом \_\_\_\_\_\_\_ Корп. \_\_\_\_\_\_\_\_Кв. \_\_\_\_\_\_\_ Тел. дом. (\_\_\_\_\_\_\_)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(код города)*

**Сведения** **о** **документе** **установленного** **образца**  **(дипломе** **о** **высшем** **фармацевтическом образовании):**

Наименование вуза \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Квалификация\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Страна выдачи\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Регистрационный номер документа \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Серия документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Номер документа\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дата выдачи «\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_ г.

**прошу допустить меня к вступительному испытанию и участию в конкурсе для поступления в ординатуру по следующим условиям:**

***Номенклатура специальностей ординатуры***

* 33.08.01 Фармацевтическая технология
* 33.08.02 Управление и экономика фармации
* 33.08.03 Фармацевтическая химия и фармакогнозия

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Можно выбрать две специальности;*  *расположите в порядке убывания приоритетности (предпочтения):*  *1 – наиболее значимая; 5 – наименее значимая)* | **Условия поступления**  ***(выбрать нужное)*** | |
| **1 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | на места в пределах целевой квоты *(бюджет)****указать регион*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |
| **2 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |
| **3 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |
| **4 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |
| **5 приоритет**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *наименование специальности* |  | основные места в рамках контрольных цифр приема *(бюджет)* |
|  | по договору об оказании платных образовательных услуг |
|  | на места для иностранных граждан и лиц без гражданства, за исключением лиц, указанных в пунктах 63 и 66 Правил приема |

**Сведения** **о** **свидетельстве** **об** **аккредитации** **специалиста** **(или** **выписке** **из** **итогового** **протокола** **заседания**

**аккредитационной** **комиссии** **о** **признании** **поступающего** **прошедшим** **аккредитацию** **специалиста)** **(при** **наличии):**

Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ и 12значный номер свидетельства об аккредитации\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Специальность\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Протокол заседания аккредитационной комиссии №\_\_\_\_\_\_\_от «\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_\_\_г.

Место проведения аккредитации специалиста\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Сведения** **о** **сертификате** **специалиста** **(при** **наличии):**

Сертификат по специальности\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Серия\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Номер\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Регистрационный номер \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(первые 6 символов) (7 символов)*

Дата выдачи «\_\_\_\_\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_г.

**Сведения об индивидуальных достижениях (при наличии – отметить нужное):**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Стипендиат Президента РФ,  Правительства РФ | |  | | Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в журнале ВАК (по специальностям 14.04.00) | |
|  | Документ установленного образца  с отличием | |  | | Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения) в «Вестнике ПГФА» в секции по специальности ординатуры | |
|  | Наличие публикации (авторство/соавторство за период обучения): Scopus, Web of Science | |  | | Победитель / призер Всероссийского физкультурно-оздоровительного комплекса «Готов к труду и обороне» | |
|  | дипломант Всероссийской студенческой олимпиады  "Я - профессионал" | |  | | Средний балл (диплома), полученный по программе специалитета \_\_\_\_\_\_ баллов | |
|  | | Получение гранта на выполнение научного исследования, реализацию инновационного проекта и т.п., соавтор патентов, изобретения | |
|  | Добровольческая волонтерская деятельность | | | в сфере охраны здоровья | | |
| в сфере охраны здоровья, связанной с осуществлением мероприятий  ***по профилактике, диагностике и лечению коронавирусной инфекции***  в количестве \_\_\_\_\_\_\_ часов | | |
| * **Общий стаж** работы **в должностях** медицинских и (или) **фармацевтических работников**   (если трудовая деятельность осуществлялась в период с зачисления на обучение по программам  **высшего** мед. или **фармацевтического** образования): | | | | | | |
| на должностях  мед. и (или) **фармацевтических** работников | | со **средним** профессиональным образованием  (не менее 0,5 ставки; от одного года) | | | | **\_\_\_\_** *лет* **\_\_\_\_** *месяцев* |
| с **высшим** образованием  (1,0 ставка по основному месту работы) | | | | **\_\_\_\_** *лет* **\_\_\_\_** *месяцев* |
| с **высшим** образованием в медицинских и (или) **фармацевтических** организациях, расположенных в **сельских населенных пунктах либо рабочих поселках** | | | | **\_\_\_\_** *лет* **\_\_\_\_** *месяцев* |
| * Деятельность в сфере охраны здоровья, включающая в себя проведение мероприятий   ***по диагностике и лечению коронавирусной инфекции*** | | | | | | |
| трудовая деятельность на должностях **медицинских** работников с **высшим** и **средним** профессиональным образованием, на должностях **младшего медицинского** персонала | | | | | | **\_\_\_\_** *месяцев* **\_\_\_\_** *дней* |
| прохождение практической подготовки по образовательной программе **медицинского** образования (специалитета, бакалавриата, магистратуры) | | | | | | **\_\_\_\_** *месяцев* **\_\_\_\_** *дней* |

* **При** **проведении** **вступительных** **испытаний** **в** **связи** **с** **ограниченными** **возможностями** **здоровья** **или** **инвалидностью в** **создании** **специальных** **условий:** нуждаюсь/не нуждаюсь *(нужное подчеркнуть)*
* **На период обучения в общежитии**: нуждаюсь/не нуждаюсь *(нужное подчеркнуть)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Я ознакомлен(а)**, **в** **том** **числе** **через** **информационные** **системы** **общего** **пользования:**
* с копией лицензии на осуществление образовательной деятельности (с приложением);
* с информацией об отсутствии у ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России свидетельства о государственной аккредитации образовательных программ по специальностям ординатуры;
* с датами завершения приема заявления о согласии на зачисление;
* с Правилами приема на обучение, утвержденными ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, в том числе с правилами подачи апелляции по результатам вступительного испытания

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Ознакомлен(а)** с информацией о необходимости указания в заявлении о приеме достоверных сведений и представления подлинных документов

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Подтверждаю** при поступлении на обучение на места в рамках контрольных цифр отсутствие у меня диплома об окончании ординатуры или диплома об окончании интернатуры (если подаю заявление о приеме на обучение по той же специальности, которая указана в дипломе об окончании интернатуры, или получение специальности, указанной мной в заявлении о приеме, возможно путем обучения по дополнительной профессиональной программе профессиональной переподготовки)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

* **Обязуюсь** представить оригинал документа установленного образца (диплом), определённого Правилами приема для обучения по программам ординатуры, в течение первого года обучения

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Подпись**

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата* *подачи* *заявления* *подпись* *Фамилия И.О.*

**Согласие на обработку персональных данных**

Я,\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(фамилия, имя, отчество (при наличии) – в именительном падеже)*

в соответствии с Федеральным законом от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных», даю согласие ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, расположенному по адресу: 614990, г. Пермь, ул. Полевая, д.2, на обработку моих персональных данных с использованием средств автоматизации или без использования таких средств.

Настоящее согласие предоставляется мной на осуществление таких действий, как сбор, запись, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), извлечение, использование, передачу (распространение, предоставление, доступ), обезличивание, блокирование, удаление, уничтожение персональных данных, а также осуществление любых иных действий, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации, с момента подачи заявления, в случае поступления - на период обучения и хранения личного дела, в целях информационного обеспечения и мониторинга учебного процесса, научной, организационной и финансово-экономической деятельности и в случаях, установленных нормативными документами вышестоящих органов и законодательством.

Перечень персональных данных, передаваемых ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России на обработку: фамилия, имя и отчество, дата рождения, сведения о месте регистрации, фактического проживания, паспортные данные, сведения о воинском и налоговом учете, страховой номер индивидуального лицевого счёта (СНИЛС), идентификационный номер налогоплательщика (ИНН), сведения для установления личности (фотографии, кадры видеосъемки, образцы почерка и подписи), сведения о процессе обучения, информация, используемая в системах контроля и управления доступом на территории ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России, успеваемости, контактная информация, сведения о месте работы и должности, документе об образовании и (или) о квалификации, а также другие документы и материалы, предоставленные мной для поступления в ординатуру.

В случае изменения моих персональных данных в течение срока обучения обязуюсь информировать об этом ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России не позднее 10 рабочих дней после соответствующих изменений.

Я проинформирован(а), что ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России гарантирует обработку моих персональных данных в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации как неавтоматизированным, так и автоматизированным способами.

Настоящее согласие вступает в силу со дня его подписания и действует в течение срока хранения личного дела. Настоящее согласие в полном объеме или части, может быть отозвано мной в письменной форме на основании заявления, поданного на имя ректора ФГБОУ ВО ПГФА Минздрава России. Я подтверждаю, что, давая такое согласие, я действую по собственной воле и в своих интересах.

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2020 г. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*дата* *подачи* *заявления* *подпись* *Фамилия И.О.*